

Fragebogen

Vorname, Name:

Strasse, Nr.:

Geburtsdatum:

Plz, Ort:

Telefon:

Beruf:

E-mail:

Zivilstand:

Krankenkasse-Zusatzvers.:

Welche Krankheiten / Operationen hatten Sie früher?

(in chronologischer Reihenfolge & seit Geburt, inkl. ersten Kinderkrankheiten)

Datum	Krankheit	Datum	Krankheit
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente:

(auch Hausmittel, Homöopathie, Pille etc.)

Frühere Behandlungen und Therapien:

Welche Krankheiten haben oder hatten ihre Eltern Grosseltern, Urgrosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister & Kinder? Woran und in welchem Alter sind diese bereits gestorben? Achten Sie speziell auf folgende Krankheiten:

Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen etc.

Geschwister

Eigene Kinder

Mutter:

Vater:

Onkel:

Onkel:

Tanten:

Tanten:

Grossmutter:

Grossmutter:

Grossonkel/-tanten:

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter:

Urgrossmutter:

Urgrossvater:

Urgrossvater:

Grossvater:

Grossvater:

Grossonkel/-tanten:

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter:

Urgrossmutter:

Urgrossvater:

Urgrossvater:

Es ist sehr hilfreich, wenn Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich ausfüllen und wenn möglich bei Ihren Eltern, Grosseltern oder Geschwistern nachfragen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Impfausweis zur Erstkonsultation mit.

Ich bin bei den Schweizer Krankenkassen in der Zusatzversicherung anerkannt. Bitte klären Sie selbst ab, wieviel Ihre Kasse bezahlt. Bei Erfolglosigkeit der Therapie besteht kein Anspruch auf Rückvergütung.

Mit meiner Unterschrift (oder jener des gesetzlichen Vertreters) erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Krankheits- oder Urlaubsfall unter Einhaltung der Schweigepflicht an eine Praxisvertretung weitergegeben werden.

Ort, Datum: Unterschrift: